Drei Fälle

von

Psychose

nach acuten Infectionskrankheiten.

Inaugural-Dissertation

von

Paul Korb

approb. Arzt

aus Doebeln (Kgr. Sachsen).

1893.

Drei Fälle

von

Psychose nach acuten Infectionskrankheiten.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

zur

Erlangung der Doctorwürde

am 13. November 1893

vorgelegt von

Paul Korb

approb. Arzt

aus Doebeln (Kgr. Sachsen).

Schmalkalden.
Druck von Feodor Wilisch.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

REFERENT: Herr Prof. Dr. v. **Strümpell.**

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535711_0074

Die Reihe der akuten Infektionskrankheiten, die, sei es nun während des Krankheitsprozesses, oder nach Ablauf desselben zu psychischen Störungen führen können, ist eine ziemlich bedeutende und man hat vielfach Gelegenheit in Irrenheilanstalten bei Durchsicht des anamnestischen Materials die Beobachtung zu machen, dass eine beträchtliche Anzahl von daselbst untergebrachten Patienten kürzere oder längere Zeit vorher eine akute Infektionskrankheit überstanden hat.

So ist es eine längst bekannte Thatsache, dass die akuten Exantheme und unter diesen wieder in erster Linie die Scarlatina in vielen Fällen zu Geistesstörungen zu führen pflegen. Ausser bei den akuten Exanthemen sind solche psychische Alienationen sehr häufig bei dem akuten Gelenkrheumatismus, der Malaria, Intermittens, Pneumonie, Pleuritis und in neuerer Zeit in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen nach Influenza zur Beobachtung gekommen.

Von allen den genannten, mit hohem Fieber verlaufenden akuten Infektionskrankheiten aber gilt wohl allgemein der Typhus als diejenige Krankheit, die am häufigsten von psychischen Störungen gefolgt zu sein pflegt; ja die verschiedenen Statistiken, welche in dieser Hinsicht aufgestellt worden sind (ich erwähne nur die von Nasse, der 2000 und die von Schlager, welcher 500 Fälle von Geisteskrankheiten zusammengestellt hat) haben, wenn sie auch in Bezug auf den resultierenden Prozentsatz nicht immer genau übereinstimmen, ergeben, dass alle akuten Infektionskrankheiten zusammengenommen nicht soviel psychische Störungen in ihrem Gefolge aufzuweisen haben, als der Abdominaltyphus allein, der als

Ursache psychischer Störungen demnach unbedingt in die erste Linie zu stellen ist.

Während meiner Studienzeit war auch mir Gelegenheit geboten im Universitätskrankenhaus zu Erlangen drei Fälle zu beobachten, bei denen sich nach Ablauf einer akuten Infektionskrankeit (in 2 Fällen nach Typhus abdominalis, im 3. Fall nach Scarlatina) Geistesstörungen einstellten.

Es sei mir deshalb gestattet, diese 3 Fälle an dieser Stelle zu veröffentlichen.

I. Fall.

Es handelt sich hierbei um eine 25jährige, hereditär nicht belastete Dienstmagd M. H. die sich ursprünglich in der Augenklinik in Behandlung befand und daselbst Anfang September 1891 erkrankte. P. klagte zuerst über Kopfschmerzen, Taubheit im Kopf, Unlust zu irgend welcher, auch noch so leichter Arbeit und Appetitlosigkeit. Nach kurzer Zeit gesellte sich zu diesen Klagen Leibschneiden und heftiger, mehrere Tage anhaltender Durchfall. Am 15. IX. bekam P. plötzlich einen Anfall, der als einem hysterischen Anfall sehr ähnlich geschildert wurde. Vorher hat P. nach ihrer Angabe nie einen derartigen Anfall gehabt.

Die Temperatur war Vormittags ganz plötzlich auf 38,8 und Abends auf 39,9 gestiegen. Aus diesen Gründen wurde P. der medizinischen Klinik überwiesen.

Status praesens: Nachdem P. aus der Augenklinik transferiert war, lag sie stark soporös im Bett. Auf Befragen und Anrufen gab sie gar keine Antwort, doch verfolgte sie die Beschauer mit den Blicken. Plötzlich bekam sie einen Anfall, der mit Zähneknirschen und Kaubewegungen begann. Die Lippen konnten nur mit Mühe von einander gebracht werden, ebenso waren die Zähne fest gegen einander gepresst. Alsbald trat auch Schaum vor den Mund. Auf Nadelstiche rea-

gierte P. in keinerlei Weise; mit den Händen machte sie fortwährend eigentümliche, drehende, schraubenartige Bewegungen.

16. IX. Temp. 40,4. Puls 100, klein.

Während früh das Sensorium etwas freier war, als am Tag vorher, wird P. im Laufe des Tags wieder stuporös, antwortet ganz unvollständig und liegt mit zusammengezogenen steifen Beinen im Bett; auch die Vorderarme und Hände werden steif und starr vom Rumpf gehalten. Im Gesicht ist leichtes Zittern zu bemerken. P. schaut still, mit gesenktem Blick vor sich hin. — Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, macht sie nur geringe vergebliche Bewegungen.

17. IX. Auch heute wechselte der Zustand der P. sehr. Frühmorgens war P. ziemlich munter und gab Antworten, Abends dagegen war sie wieder stark soporös und bot genau das gleiche Krankheitsbild dar, wie am Abend vorher.

18. IX. Auch heute ist P. nicht dazu zu bewegen, ein Wort zu reden, sie liegt starr im Bett, die Arme leicht gebeugt. Versucht man dieselben passiv zu strecken, so kostet es sehr viele Kraft, bis es gelingt.

P. liegt oder sitzt mit stupidem Gesichtsausdruck ruhig, die Augen zusammengekniffen, leicht träumend im Bett; auf Fragen des Arztes giebt sie absolut keine laute Antwort, kaum ein unverständliches Lispeln. Dabei rührt sie kein Glied. Diese sind sofort bei versuchten Bewegungen in einer Art tonischer Starre, welche auch im Bad öfters aufgetreten ist und dann noch ziemlich lange Zeit angehalten hat. Das Fieber ist anhaltend hoch, der status ausgesprochen typhös.

19. IX. P. reagiert heute auf gar nichts, sie nimmt keine Nahrung zu sich und wenn ihr dieselbe eingeflösst wird, so schluckt sie nicht.

20. IX. Der eigentümliche stuporöse Zustand hält an, P. liegt mit offenen Augen, etwas zusammengekrümmt im Bett, fixiert und blickt umher, spricht aber kein Wort und

kommt keiner Aufforderung nach. — Arme und Beine zeigen eine beständige leichte Muskelspannung, in den Armen ganz ausgesprochene Katalepsie. — Nadelstiche rufen lebhafte Reflexe, aber nicht die geringste Schmerzäusserung hervor.

21. IX. P. verweigert heute wieder jegliche Nahrung, eingeflösste Suppe spuckt sie wieder aus. Stuhl und Harn wird in's Bett entleert.

Der Zustand blieb die nächsten Tage hindurch unverändert, nur verfällt P. deutlich. Die Herzthätigkeit wurde sehr schlecht und hob sich auf wiederholte Campherinjektionen hin auch nur sehr wenig.

Während sich der Allgemeinzustand verschlimmert hat, ist P. scheinbar klarer geworden, wenigstens antwortet sie jetzt auf Fragen, die man an sie richtet.

Nachdem die Herzthätigkeit von neuem sehr schlecht geworden war, trat am 23. IX. der exitus ein.

Ueber etwaige besondere Befunde bei der Sektion des Gehirns konnte leider nichts in Erfahrung gebracht werden. Irgend eine gröbere anatomische Veränderung des Gehirns war jedenfalls nicht vorhanden.

Betrachten wir jetzt den eben geschilderten Fall in Hinsicht auf die Diagnose der geistigen Störung etwas genauer, so kommen wir zu der Ueberzeugung, dass es sich um eine mit Stupor verbundene Melancholie gehandelt hat, bei der freilich die verschiedenen Wahnideen und mannigfachen Hallucinationen, wie sie sonst vielfach vorzukommen pflegen, gänzlich fehlen. Höchstens konnte man Hallucinationen im Gebiet des Geschmacks- resp. Geruchssinn annehmen, die P. veranlasst haben, so entschieden jegliche Nahrungsaufnahme zu verweigern. Doch kann man sich, glaube ich, diese Weigerung ebensogut als Folge einer Wahnidee erklären. P. meinte vielleicht, sich durch irgend eine That versündigt zu haben und demnach unwert zu sein, Nahrung zu sich zu nehmen, eine Idee, die

ja bei vielen melancholischen Kranken wiederkehrt. Jedenfalls waren die Wahnideen sowohl als die Hallucinationen nicht in dem Masse ausgesprochen, wie man sie sonst wohl findet. In erster Linie auffallend war bei unserer P. der soporöse Zustand, in dem sie sich während ihres ganzen Krankseins dauernd mit ganz geringen Ausnahmen befand. Sie lag stets mit einem mehr oder weniger stupidem Gesichtsausdruck im Bett, reagierte absolut nicht, selbst auf kräftige Nadelstiche nicht und zeigte, wenn auch nicht in sehr ausgesprochener, so doch ganz deutlichen Weise das Bild der Katalepsie, ein Zustand, der ja für gewisse Formen der Melancholie sehr characteristich ist. Was die ätiologischen Momente für die Entstehung der Psychose betrifft, so ist zuerst die sonst sehr wichtige hereditäre Belastung vollkommen auszuschliessen. P. war früher geistig stets ganz normal: auch konnte nicht ermittelt werden, dass die nächsten Angehörigen oder selbst Verwandte geistig gestört seien.

Schwere Krankheiten, besonders akute Infectionskrankheiten hat P. ihren Angaben gemäss früher nicht durchgemacht, sodass die Annahme, ihr Nervensystem könne bereits von früheren Erkrankungen her in höherem oder geringerem Grade affiziert gewesen sein, sodass es gewissermassen nur noch eines Anstosses, der in der schweren typhösen Erkrankung gegeben wäre, bedurft hätte, um die Psychose zum Ausbruch zu bringen, von der Hand gewiesen werden muss. Wir haben die Ursache für die psychische Störung also nur in der gegenwärtigen Erkrankung, dem Typhus, zu suchen. Welche Momente dabei hauptsächlich von Wichtigkeit gewesen sein mögen, darauf werde ich später zurückkommen. —

II. Fall.

Die 30jährige Bauersfrau E. B. stammt aus ganz gesunder, psychisch nicht belasteter Familie. Ihre Eltern, Geschwister und Kinder sind geistig vollkommen normal. P. selbst war früher stets gesund, kräftig und vergnügt, nie war an ihr irgend welche, wenn auch nur leichte psychische Störung zu bemerken. Am 30. I. erkrankte sie Abends angeblich plötzlich mit heftigen Leibschmerzen und Diarrhoen. Von diesem Moment an soll sie nach Angabe des Bruders schon geistig verändert gewesen sein, sie habe den einen Bruder nicht mehr erkannt, habe mehrere mal, als sie sich unbeobachtet glaubte, den Versuch gemacht zum Fenster auf die Strasse hinauszuspringen. Sie habe sich vom bösen Geist verfolgt geglaubt und sei andauernd ganz verwirrt geblieben. Der Arzt, der sie am 3. II. nach seiner Angabe mit allen Erscheinungen eines schweren Abdominaltyphus in Behandlung bekam, constatierte am 11. II. das Auftreten ausgesprochener Wahnideen, die er jedoch leider nicht weiter zu beobachten Gelegenheit hatte, da P. am 12. II. in die Behandlung eines anderen Arztes übertrat. Am 17. II. wurde P. zuerst in die hiesige Irrenklinik eingeliefert und noch am selben Tage zur Behandlung des Typhus auf die medizinische Klinik verlegt.

Status praesens: 17. II. Grosse, schlanke, gracil gebaute Frau. Muskulatur schwächlich, Fettpolster dürftig entwickelt. Auf der Haut des ganzen Körpers zahlreiche kleine Roseolen.

P. liegt vollkommen verwirrt im Bett, stöhnt und jammert fortwährend vor sich hin, bei jeder stärkeren Berührung schreit sie laut. Häufiges Deliriren religiösen Inhalts. Auf Anfragen giebt sie kaum eine Antwort. Oft will sie die Kleider vom Körper reissen; schüttelt mit dem Kopf unaufhörlich, bohrt denselben in die Kissen, wirft mit den Beinen umher und ist überhaupt äusserst unruhig. — Die Augen hat sie immer fest geschlossen. — Redet man ihr ernstlich zu, ruhig zu sein

während der Untersuchung, so bleibt sie schliesslich auch ruhig, nur atmet sie noch aufgeregter und erst von dem Moment an, wo man wieder sagt, Sie dürfen wieder schreien, schreit sie ruhig weiter. — Nach längerer Beschäftigung mit der P. öffnet sie auch auf ernste Aufforderung hin die vorher krampfhaft geschlossenen Augen und benimmt sich ruhiger.

19. II. P. ist heut viel ruhiger als am ersten Tage, liegt mit geschlossenen Augen im Bett, stöhnt nicht mehr, wird aber, sobald man etwas mit ihr vornimmt, unruhiger und äussert Schmerzempfindung, besonders beim Betasten der Glieder und beim Aufrichten. — Essen und Trinken ganz normal.

Wenn man sich längere Zeit mit ihr beschäftigt und sie zum Concentrieren ihrer Gedanken zwingt, giebt sie auf jede Frage mit langsamer etwas singender und gedehnter Stimme vollständige präcise und richtig zusammenhängende Antworten. Sowie man sie aber ausser Acht lässt, geräth sie in leichtes Phantasieren und macht Äusserungen wie z. B. dass ihr Mann sie schlecht behandelt habe, dass ihre Seele im Himmel sei, dass sie sterben wolle oder gar schon gestorben sei u. s. w.

20. II. Bei längerer Unterhaltung redet P. heute wieder ganz vernünftig und klagt, dass ihre Gedanken immer auseinander gingen, obwohl sie sich Mühe gäbe, sie zusammenzuhalten. Sie erzählt, sie habe in der vergangenen Nacht von ihrer Heimath und ihrem Kinderleben geträumt.

21. II. P. klagt heute wiederum über heftige Schmerzen im Leib und erzählt dabei, dass dieselben von Leuten herrührten, die sich in ihrem Leib befänden und sie quälten; es seien 15 Leute. Sie sieht fortwährend den bösen Feind, wie er auf sie „herunterdrückt". Derselbe sei „nicht ganz schwarz" und sage ihr fortwährend mit leiser Stimme ins Ohr, sie dürfe das und jenes nicht thuen; z. B. momentan sage er, sie solle dem fragenden Arzte nicht alles offen erzählen, „sie solle

nicht so dumm sein", weil derselbe sie doch nur hinterher auslache. Sie habe diese Peinigung durch den bösen Feind sich zugezogen wie sie glaube dadurch, dass sie früher häufig ohne zu beten zu Bett gegangen sei. Wenn sie sich auch gegen die Einflüsterungen wehre, so habe sie doch nicht die Kraft, sich denselben zu entziehen.

Heute will sie z. B. nichts anderes zu sich nehmen als Kaffee, weil der böse Feind ihr sonst nichts anderes erlaube.

23. II. Auf Befragen, wie es ihr gehe, sagt sie, nicht gut, weil noch immer die bösen Geister sich in ihrem Leib aufhielten, was daher komme, dass sie sich ohne Gebet niedergelegt habe. Alles das sagt sie mit langsamer singender Stimme.

Früher sei sie fleissig in die Kirche gegangen und habe auch, als sie noch ledig war, mehr gebetet, als später, wie sie verheiratet war, was sie sehr zu betrüben scheint.

Heute meint sie gehört zu haben, dass irgend Jemand an die Läden klopfe und ihr sage, die Leute (d. h. stets ihre Peiniger) wollten sie zu Tod drücken.

1. III. P. verhält sich jetzt völlig ruhig und spricht fast nur auf Befragen, hat aber noch immer die Idee von den Männern in ihrem Leib. Heute hat der Heiland zu ihr gesagt, sie dürfe nicht atmen, so erzählt sie bei der Visite.

3. III. Heute leugnet P. entschieden, dass sie die Frau B. sei, dieselbe befände sich bereits im Himmel.

10. III. Heute sagte P.: „Der Herrgott spricht aus mir" und sprach dann mit pastoraler Stimme von ihrem nahen Tode, der in ca. 8 Tagen eintreten werde. Sie hat seit einigen Tagen die Idee von den Männern in ihrem Leib fallen lassen, giebt aber das unsinnige jener Behauptung noch nicht recht zu.

Seit einiger Zeit zeigt sie etwas mehr Theilnahme, verlangt dringend nach Hause zu ihren Kindern.

15. III. In den letzten Tagen ist eine auffallend rasche, vollkommene Heilung eingetreten. P. verlangt stürmisch nach

ihren Kindern und nach Hause. Sie giebt jetzt das unsinnige ihrer Wahnideen vollkommen zu und weiss selbst nicht anzugeben, wie sie darauf gekommen sei. Sie wird dann mit anderen Patienten in Gesellschaft gelassen, geht mit diesen in den Garten, isst und trinkt ganz ordentlich allein, äussert nicht das geringste auffällige mehr und wird dann am 20. III. entlassen.

Auch in diesem Fall handelt es sich zweifellos um eine mit Verwirrtheit verbundene Melancholie, bei welcher aber im Gegensatz zu dem ersten Fall mannigfache Wahnideen und Hallucinationen in den Gebieten verschiedener Sinne das Krankheitsbild beherrschen. Besonders charakteristisch und am meisten ausgeprägt ist der Verfolgungswahn, mit dem Versündigungswahnideen eng verbunden sind. Die Hauptklage der P. während der ganzen Krankheit ist vor allem die Beschwerde, die sie durch die Leute, welche sich in ihrem Leib befinden und sie quälen zu ertragen habe. Diese Peinigung oder besser diese Verfolgung, die sie dabei erleiden muss, hat sie sich ihrer Ansicht nach nur durch den Umstand zugezogen, dass sie früher einmal oder auch öfters zu Bett gegangen sei, ohne zu beten; wir sehen also eine enge Verknüpfung von Verfolgungs- und Versündigungswahn.

Was die Hallucinationen betrifft, so sind die des Gehörs am meisten ausgebildet. P. hört ungemein oft den sie verfolgenden Feind sprechen sie vernimmt, wie er ihr das eine mal den Rath giebt, dem Arzt nicht alles offen zu sagen, dann wie er ihr verbietet, irgend welche Nahrung mit Ausnahme des Kaffee zu sich zu nehmen; ein anderes mal hört sie ihn an die Fensterläden klopfen u. s. w. Aber neben diesen Gehörshallucinationen finden wir auch ziemlich ausgeprägt solche des Gesichts, weniger deutlich freilich solche der anderen Sinne.

Das Bild der Katalepsie, wie wir es im ersten Fall ausgeprägt fanden, fehlt bei dieser P. vollkommen, auch ist der

soporöse Zustand nicht so charakteristisch, wie bei den anderen Kranken.

Fragen wir auch hier wieder nach der Ursache der Psychose, so kann eine hereditäre Beanlagung gleichfalls mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Nur ein Moment, welches vielleicht auf die Entstehung der geistigen Störung von Einfluss gewesen sein mag, müssen wir noch erwähnen: das ist der Umstand, dass Pat. entschieden, wenn auch nicht in sehr hochgradiger Weise, den Eindruck einer hysterischen Person. machte. Es waren zwar bei der Pat. keine eigentlichen hysterischen Stigmata, keine Hemianästhesie etc. nachweisbar, auch hat Pat. während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus nie einen hysterischen Anfall gehabt, trotzdem erinnerten die verschiedenen Manöver, die Pat. beim Untersuchen machte, wie z. B. Pusten, Blasen mit dem Munde, Schnalzen mit der Zunge, Schütteln des Kopfes und Oberkörpers äusserst lebhaft an hysterische Krämpfe. Desgleichen machte sich einmal bei der Auscultation der Lungen eine ausgesprochene Dyspnöe geltend, die einer hysterischen Dyspnöe ungemein ähnlich war.

Demnach möchte ich meine Ansicht dahin präzisieren: Die Psychose als solche ist in unserem Falle keinesfalls die direkte Folge oder gewissermassen der Ausgang der Hysterie, obwohl dies in einer nicht geringen Zahl von Fällen vorkommt. Wohl aber scheinen die hysterischen Züge im Krankheitsbilde darauf hinzuweisen, dass bei der Pat. von vorn herein ein etwas abnorm veranlagtes Geistesleben vorlag und dass dieses daher nun den Folgen des eingetretenen Typhus einen abnorm geringen Widerstand leistete.

III. Fall.

G. M. 17 Jahr, Schlosser.

Anamnese: Psychisch ist Pat. hereditär in keiner Weise belastet. — Er will früher schon öfter krank gewesen sein, doch sind die Angaben darüber sehr unklar. Neuerdings ist er plötzlich an einem akuten Gelenkrheumatismus erkrankt. Derselbe ist nur leichter Art: Pat. fühlt sich nach 4 Tagen wieder vollkommen wohl, die Temperatur ist wieder zur Norm zurückgekehrt. Nach Verlauf von 12 Tagen steigt die Temperatur ganz plötzlich wieder an bis 39,5. Bei der Untersuchung des Pat. finden sich beide Tonsillen geschwollen und mit einzelnen weissen Punkten und Streifen bedeckt. P. hat ferner am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts ein ausgebreitetes punktförmiges Erythem.

Der Urin weist eine Spur Eiweiss auf.

Am 15. X., das ist 4 Tage nach dem Auftreten des Erythems, beginnt dasselbe wieder abzublassen. Es besteht nur mehr eine catarrhalische angina.

16. X. Von heute ab ist P. zeitweise verstört, er meint plötzlich, sein Schlafgenosse, der sich noch vorher mit ihm unterhalten hat, sei plötzlich gestorben. Dann sieht er Blut sowohl im Zimmer, als auch in seinem Bett.

Diese Verwirrtheit besteht auch in den nächsten Tagen noch fort. P. liegt soporös im Bett, schaut meist nach der Zimmerdecke, dabei die Augen fortwährend hin und her bewegend.

Am 19. X. Morgens erscheint er ganz normal, Abends ändert sich jedoch sein Zustand ganz plötzlich, P. bildet sich ein, von einem über ihm hängenden Messer fortwährend berührt zu werden und hat stets das Angstgefühl, als würde ihm irgend ein Glied seines Körpers abgeschnitten.

Ferner sieht er, während seine Augen ununterbrochen im Zimmer herumirren, zweifellos Strassen, Gegenstände, sowie

ihm bekannte Personen aus seiner Heimatsstadt und dabei wiederum stets das über allem schwebende Messer, an welchem er sich nicht vorbeizugehen wagt, wie er sagt.

Ausserdem äussert P. heute Abend auch Angst vor seinem Vater, den er beleidigt zu haben meint. Plötzlich bricht er darüber in Thränen aus und bittet, man solle seinem Vater schreiben, damit er zu ihm komme, P. wolle ihn um Verzeihung bitten.

21. X. Die melancholische Stimmung hält an, P. giebt kaum überhaupt eine Antwort, meint stets, wenn man ihn nach seinem Befinden fragt, „so geht's mir schon gut;" dabei verschweigt er jedoch noch irgend etwas, giebt aber auf näheres Befragen darüber keine ausführliche Auskunft.

Als der Arzt ihm zuredet und sagt, er könne nun schon etwas aufstehen, da es besser mit ihm gehe, antwortet er indem er mit dem Kopf schüttelt, „das geht nicht an, denn ich habe meinen Vater beleidigt." Dabei treten ihm sofort die Thränen in die Augen.

22. X. Die Stimmung ist noch ebenso melancholisch ruhig wie bisher. Zeitweise ist P. vollkommen verwirrt und äussert dann die widersinnigsten Ideen, so behauptet er heute fortwährend, seine Haare hätten Löcher.

23. X. P. versucht heute mehrmals aus dem Bett herauszuspringen, weil er meint, sein Vater spräche auf dem Gang vor dem Zimmer, er will auf jeden Fall zu ihm gehen und kann nur mit Anstrengung zurückgehalten werden.

Eine subjective Klage ist nicht aus ihm herauszubringen, er antwortet kaum auf langes Zureden und Fragen. Die Sprache ist dann immer langsam, etwas weinerlich.

26. X. Bei dem gestrigen Besuch seines Vaters weinte P. viel, gab aber auch keine Antwort. Der Vater giebt an, dass P. stets von Jugend auf ein stiller Junge gewesen sei, doch keineswegs in der Weise, wie jetzt während der Krankheit.

27. X. Heute wurde Pat. vom Arzt betroffen, wie er aus dem Bett trotz aller gegenteiligen Vorkehrungen gestiegen war und in der Zimmerecke herumturnte. Dabei murmelte er fortwährend vor sich hin, „ich will fort, kann aber hier nicht herunter".

Nachdem die melancholische Stimmung ganz in der gleichen Weise wie bisher noch einige Tage angedauert hat, tritt am 30. X. entschieden eine Wendung zur Besserung ein, es werden auf Befragen die Antworten viel regsamer gegeben, als früher, auch hat der soporöse Zustand deutlich nachgelassen. Von diesem Tage an schreitet die Besserung ziemlich schnell vorwärts, sodass Pat. am 8. XI. als geheilt aus dem Spital entlassen werden konnte.

Die Diagnose der geistigen Störung bietet auch bei diesem Kranken keine besonderen Schwierigkeiten dar. — Das Bild der Melancholie ist so charakteristisch ausgeprägt, dass gar keine Zweifel aufsteigen können. Die Wahnideen treten im Vergleich zu dem oben geschilderten II. Fall etwas in den Hintergrund, doch sind sie auch hier deutlich vorhanden und zwar handelt es sich hauptsächlich auch um Versündigungswahn, nächstdem, doch nur in wenig ausgesprochener Weise, um Verfolgungswahn. Um so mehr treten aber die Hallucinationen in den Vordergrund des Krankheitsbildes und zwar solche im Gebiet des Gesichts- und demnächst im Bereiche des Gehörsinnes.

Was die Aetiologie der Psychose betrifft, so ist dieselbe unmittelbar im Anschluss an eine Scarlatina aufgetreten; vielleicht könnte man vermuten, dass der dem Scharlachfieber direkt voraufgegangene akute Gelenkrheumatismus schon das Nervensystem des Patienten affiziert habe, zumal genannte Krankheit zu denjenigen unter den akuten Infectionskrankheiten gehört, die in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen zu Psychosen zu führen pflegen. — Urämische Zustände für die Entstehung der psychischen Störung verantwortlich zu machen, halte ich in diesem Fall

für keineswegs gerechtfertigt. Es ist zwar sehr wahrscheinlich, dass es bei dem Scharlachfieber, welches ja so sehr häufig von einer Nierenerkrankung gefolgt ist, durch eine Retention von Zerfallsprodukten im Blut zu Vergiftungserscheinungen kommen kann, die sich uns dann im Bild der Psychose darstellen. In unserem Fall bestand aber keine eigentliche „Scharlach-Nephritis", sondern nur eine sogenannte initiale Albuminurie, entsprechend der Albuminurie, welche bei fast allen fieberhaften akuten Infectionskrankheiten auf der Höhe des Krankheitszustandes eintreten kann. Auch fehlten alle sonstigen charakteristischen urämischen Symptome vollständig.

Wir werden daher auch in diesem Fall die der geistigen Störung voraufgegangene akute Infectionskrankheit, hier die Scarlatina verantwortlich zu machen haben, zumal da wir ein weiteres ätiologisches Moment, nämlich die hereditäre Beanlagung völlig ausser Acht lassen können, wie dies auch in den beiden ersten Fällen geschehen ist. Es könnte vielleicht auf den ersten Blick auffallen, dass die Prädisposition bei Psychosen, die sich wie unsere 3 Fälle an akute Infectionskrankheiten anschliessen, nur eine so untergeordnete Rolle spielt. Kräpelin, der aus der Literatur 400 Fälle von derartigen Psychosen zusammengestellt hat, hat nur in 30 pct. eine gewisse Prädisposition zu Geistesstörung gefunden. Bei diesen 30 pct. handelt es sich nun nicht etwa nur um erbliche Anlagen, sondern es waren alle jene Fälle mit einbegriffen, bei denen eine vorhergegangene heftige Gemütsbewegung oder allgemeine anämische Zustände nachweisbar waren. —

Genannter Autor sagt: „Wir werden gerade hier, wo wir es mit ganz gewaltig eingreifenden Causalmomenten zu thun haben, zur Erklärung der resultirenden Psychosen weniger als sonst in der Ätiologie der Geisteskrankheiten, mit der Prädisposition zu rechnen haben und weit mehr die so sehr

in den Vordergrund tretenden körperlichen Störungen in Betracht ziehen müssen".

Diese körperlichen Störungen, insbesondere die Beeinträchtigung des Centralnervensystems wird nun bedingt durch das Einwirken einer Anzahl abnormer Reize auf unseren nervösen Centralapparat, die in allen Fällen von Psychosen im Anschluss an akute Krankheiten im allgemeinen gleicher Natur sind und nur in dem einen Falle stärker, in dem anderen weniger heftig sich geltend machen, woraus auch wieder folgt, dass wir immer bei diesen geistigen Störungen denselben Symptomen begegnen; die Unterschiede sind in der Hauptsache nur graduelle. — Hören jene Reize nun nach längerer oder kürzerer Zeit auf, ihre schädliche Wirkung geltend zu machen, so wird die Folge davon sein, dass auch eine Besserung in Bezug auf die psychische Alienation eintritt und wir haben somit eine Erklärung, warum die Psychosen nach acuten Infektionskrankheiten im allgemeinen rasch und günstig zu verlaufen pflegen. —

Welcher Natur sind nun jene oben angeführten schädlichen Reize?

Da die grosse Mehrzahl der akuten Infectionskrankheiten, welche von geistigen Störungen gefolgt zu sein pflegen, mit hohem, oft lang andauerndem Fieber einhergeht, so lag der Gedanke nahe, die abnorm erhöhte Eigentemperatur des Körpers könne von Einfluss auf die Entstehung von Psychosen sein. Sicherlich ist diese Erklärung nicht ganz von der Hand zu weisen; bei allen Krankheiten, bei denen es sich um eine bedeutende plötzliche Erhöhung der Körpertemperatur handelt, wie z. B. bei der croupösen Pneumonie, der Malaria oder ganz besonders bei dem hyperpyretischen Gelenkrheumatismus ist es wohl plausibel, dass durch diese schnelle und bedeutende Erwärmung, welcher dadurch das Centralnervensystem, insbesondere das Gehirn ausgesetzt wird, eine

Schädigung des Nervengewebes herbeigeführt werden kann, die zuerst in einer Reizung mit später folgender Lähmung zu suchen ist.

Jedenfalls genügt aber das Fieber allein nicht, um die Entstehung derartiger Psychosen zu erklären und man hat sich deshalb nach anderen Faktoren umgesehen, die eine Erklärung ermöglichen.

Nächst dem Fieber ist als ein solcher Faktor die Beeinträchtigung des Blutkreislaufes von einer Anzahl Autoren aufgefasst worden; freilich ist diese Ansicht von ungefähr ebensovielen auch wieder bestritten worden.

Da hohes Fieber fast ausschliesslich von einer vermehrten Herzaktion begleitet zu sein pflegt, so nahm man an, dass die Beschleunigung der Zirkulation zu einer Hyperämie des Gehirns führe, zumal man auch die Beobachtung machen konnte, dass sich die eingetretene psychische Alienation sofort wesentlich besserte, sobald man Eis oder Blutentziehungsmittel anwandte.

Dieser Ansicht trat besonders Dickschen entgegen, indem er aussprach, dass es sich hierbei nicht um eine aktive Hyperämie, sondern vielmehr um eine lokale Anämie handle.

Er sagt: „Die Hirnanämie, der mangelnde Reiz arteriellen Blutes aufs Gehirn, scheint die Psychose zu bedingen. Hohes Fieber ist ja durchaus kein Beweis gegen, sondern eher für Hirnanämie, denn durch andauernd zu hohe Körpertemperaturen wird der Herzmuskel erschlafft, die Energie desselben herabgesetzt und somit, während die Organe des kleinen Kreislaufs, rechtes Herz und Lungen übertüllt sind, dem Gehirn weniger arterielles Blut zugeführt. Und finden sich auch auf der Höhe des Fiebers mässige Kopfcongestionen, warmer Kopf, rothe Augen, zeigt sich auch ein starkes Klopfen der Kopfarterien, so ist dies noch kein Beweis gegen eine anzunehmende Hirnanämie, da derartige Erscheinungen oft bei Psychosen aus Anämie vorkommen". — Soweit Dickschen:

er sucht nun diese seine Ansicht weiter damit zu stützen, dass sich bei Sectionen oft anämische Zustände des Gehirns vorfinden. —

Es muss wohl zugegeben werden, dass der Herzmuskel durch lang anhaltende hohe Temperaturen afficiert werden kann und somit seine Leistungstähigkeit herabgesetzt wird; ist dieser Zustand einmal eingetreten, so wird es allerdings, wie Dickschen meint, zu einer Hirnanämie kommen; solange aber der Herzmuskel noch gesund und seine Leistungstähigkeit eine normale ist, darf man doch wohl nicht von einer Anämie sprechen. —

Was aber die Dickschen'sche Ansicht als völlig unhaltbar erweist, ist der Umstand, dass durchaus keine gesetzmässige Beziehung zwischen Anämie und Psychose besteht. Wir beobachten bei Chlorotischen, bei Kranken mit Lungentuberkulose, Carcinomen u. s. w. die stärksten Anämien des Gehirns, ohne dass eine Psychose auftritt, während wir in anderen Fällen Psychosen auftreten sehen, ohne dass wir irgend einen Grund zur Annahme einer besonderen Anämie im Gehirn haben. Die Dickschen'sche Ansicht ist daher wohl jetzt auch allgemein verlassen worden.

Dass Cirkulationsstörungen auf die Psychosen einen gewissen Einfluss ausüben können, möchten wir im Ganzen nicht bestreiten. Im Allgemeinen ist dieser Einfluss aber gewiss früher sehr überschätzt worden. Während man früher immer mit den Begriffen „Anämie" und „Hyperämie" operierte, kennen wir jetzt ganz andere wesentliche und specifische Einflüsse, deren Wirksamkeit jedenfalls weit höher anzuschlagen ist. Nach dem jetzigen Stand unserer Anschauungen halten wir es bei weitem am wahrscheinlichsten, dass die Psychosen nach Ablauf acuter Infectionskrankheiten (natürlich abgesehen von etwa auftretenden hysterischen Psychosen) auf toxische Einflüsse zurückzuführen sind. Wir wissen gegenwärtig, dass jede „Infection" des Körpers zu einer „Intoxication"

desselben führt, abhängig von der Bildung bestimmter „Toxine", welche durch den Stoffwechsel der Bakterien oder beim Kampf der letzteren gegen die Zellen des Organismus entstehen. Wir wissen ferner, dass manche dieser Intoxicationen sich erst nach Ablauf der eigentlichen Infectionskrankheit bemerkbar machen und dass gerade diese späten Intoxicationen vorzugsweise auf das Nervensystem von schädlichem Einfluss sind. Die grosse Reihe der sogenannten „nervösen Nachkrankheiten nach akuten Krankheiten" beruht wenigstens nach unserer heutigen Auffassung — auf derartigen Intoxicationen. Wir erinnern hier an die Lähmungen und Ataxien nach Diphtherie, nach Typhus u. s. w. — Im Allgemeinen sind die peripherischen Nervenfasern der Einwirkung solcher Toxine am meisten ausgesetzt. Es erscheint nun aber auch keineswegs unwahrscheinlich, dass unter Umständen derartige toxische Einflüsse auch auf die höheren Bewusstseinsvorgänge störend einwirken. Das Vorkommen rein toxischer Psychosen ist ja längst bekannt. Man denke z. B. an die Psychosen bei Vergiftung durch Atropin, Jodoform, Secale u. A. — Warum sollten also nicht auch die nach akuten Infectionen auftretenden Intoxicationen unter Umständen einmal zu einer toxischen Psychose führen. —

Gerade der rasche gutartige Verlauf dieser „Psychosen nach akuten Krankheiten", ferner die Art ihrer Symptome (Delirien, Hallucinationen) spricht für eine derartige Auffassung. Freilich dürfen wir nicht alle Psychosen nach akuten Krankheiten ohne Weiteres auf diese Weise erklären. Wir haben es zweifellos zuweilen mit hysterischen, zuweilen mit andersartigen constitutionellen Psychosen („Degenerationen" im Sinne des „dégénéré" der Franzosen) zu thun, welche nur durch die vorangehende akute Krankheit hervorgerufen, nicht eigentlich verursacht werden. Bei den anderen kürzer psychotischen Zuständen, von denen sonst völlig normale Menschen im Anschluss an eine akute Infectionskrankheit befallen werden

können, halten wir aber die Annahme eines toxischen Ursprungs für die wahrscheinlichste. —

Neben den „Neuritiden" bilden die „Psychosen" nur eine besondere, aber analoge Form der „nervösen Nachkrankheiten".

Bezogen sich alle die verschiedenen soeben besprochenen Momente auf die Entstehung der sogenannten Fieberpsychosen, d. h. derjenigen geistigen Störungen, die während des Verlaufes oder auf der Höhe einer akuten Krankheit zu entstehen pflegen, so müssen wir noch einer weiteren Anzahl von Faktoren Erwähnung thun, die für die Entwicklung derjenigen Geistesstörungen, welche sich entweder an eine durchgemachte akute Infectionskrankheit, meist im Rekonvalescenzstadium, anschliessen, oder doch während einer fieberfreien Periode der noch bestehenden Krankheit sich entwickeln und für welche Kräpelin, dem Vorschlage Wundts folgend, den Namen der asthenischen Psychosen eingeführt hat, von Bedeutung sind.

In erster Linie ist hier zu erwähnen die durch die Krankheit selbst geschaffene Disposition zu geistigen Störungen, die ihren Ausdruck findet in dem durch das hohe, lang anhaltende Fieber bedingten, oft sehr schweren Erschöpfungszustand. Allerdings kann derselbe wahrscheinlich ausser durch das Fieber auch noch dadurch hervorgerufen sein, dass die infectiösen Fermente, deren schädlichen Einwirkung wir schon oben bei den Fieberpsychosen begegnet sind, tiefer greifende Störungen in der Nervenmasse setzen, die anatomisch ausgedrückt wohl in einem Untergang einer mehr oder weniger grossen Zahl von Nervenzellen zu suchen sind: vielleicht handelt es sich aber auch nur um eine chemische Wirkung der Fermente, wahrscheinlich aber, wenigstens scheint es mir am erklärlichsten, um beide eben angeführten Momente.

Wenden wir uns nunmehr, nachdem wir im obigen die wesentlichsten Momente, die für die Pathogenese der Fieberdelirien sowohl als der asthenischen Psychosen von Wichtigkeit

sind, besprochen haben, dem Verlaufe und der Prognose dieser psychischen Störungen zu, so müssen wir von Anfang an gleich wohl unterscheiden zwischen denjenigen Psychosen, die sich während des Verlaufes einer Krankheit oder auf der Höhe derselben zu entwickeln pflegen und solchen, die sich erst, meist in der Rekonvalescenzperiode, an die betreffende Erkrankung anschliessen. Für die erstere Gruppe, die sogenannten Fieberpsychosen ist nämlich erfahrungsgemäss die Prognose eine weitaus günstigere, als für die Rekonvalescenzpsychosen.

Während es sich bei den psychischen Alienationen der ersten Abteilung nur um zwei Möglichkeiten des Ausgangs handelt, nämlich um endgiltige Heilung oder den Tod, kommt bei der zweiten Gruppe noch eine weitere Möglichkeit in Betracht, das ist der Ausgang in eine unheilbare Geistesstörung, wodurch sich natürlich die Prognose sofort wesentlich ungünstiger gestaltet. Zur Erklärung dieses Verhältnisses ist es nötig, dass wir uns noch einmal kurz vergegenwärtigen, welche Momente wir in dem oben gesagten für die Pathogenese der einen oder anderen Gruppe von Psychosen hauptsächlich verantwortlich gemacht haben. Bei den Fieberpsychosen handelte es sich im Allgemeinen um eine Einwirkung der verschiedenartigsten Reize, die in irgend einer Weise einen schädigenden Einfluss auf das Centralnervensystem ausübten, während bei den asthenischen Geistesstörungen hauptsächlich die durch die akute fieberhafte Erkrankung selbst geschaffene Disposition von Bedeutung war, die sich einesteils in dem allgemeinen Erschöpfungszustand, andernteils wohl auch in einer direkten, tiefer eingreifenden Beeinträchtigung der Nervenmasse und der sie zusammensetzenden Elemente geltend macht. Hören nun jene Reize, welcher Art sie auch sein mögen, auf, ihre schädigende Wirkung auszuüben, so wird die natürliche Folge davon sein, dass auch die durch sie bedingten Störungen, d. h. hier

die psychischen Alienationen nachlassen werden und so erklärt sich, weshalb allgemein die Fieberpsychosen einen so verhältnismässig günstigen Verlauf zu nehmen pflegen. Wesentlich anders verhält es sich bei der zweiten Gruppe von Geistesstörungen, die sich an akute Krankheiten anschliessen können.

Wir haben oben die Ansicht ausgesprochen, dass es sich hierbei vielleicht um ein Ausfallen, ein zu Grunde gehen von mehr oder weniger zahlreichen Nervenzellen handeln könne. Es ist ja nun einleuchtend, dass diese nicht so rasch wieder ersetzt werden können, sondern dass dazu vielmehr eine gewisse Zeit nöthig sein wird. Gestalten sich dann, wenn der Kranke immer mehr und mehr seiner Genesung entgegengeht, mit der Zeit auch die Ernährungsverhältnisse für die Nervenzellen günstiger, so wird es wohl in den meisten Fällen wieder zu einer Restitutio ad integrum kommen, aber diese kann selbstverständlich nur allmählich vor sich gehen. Findet diese Regeneration nun aber nur in unvollkommener Weise statt, so wird der Ausgang der Psychose voraussichtlich der in Unheilbarkeit sein.

Was nun zum Schluss die Behandlung derjenigen Geistesstörungen, die im Gefolge von Infectionskrankheiten auftreten, betrifft, so müssen wir auch hier, wie bei der Besprechung der Prognose die Trennung in die beiden oben näher gekennzeichneten Gruppen beibehalten.

Für die eine Gruppe, die Fieberpsychosen wird es die hauptsächliche Therapie sein, die oft sehr hohe Steigerung der Körpertemperatur mildernd zu beeinflussen, was besonders durch öftere kalte Bäder oder auch, jedoch nur in zweiter Linie, durch Darreichung der verschiedenen innerlichen antipyretischen Mittel wird zu geschehen haben. Nächstdem kommt dann vielleicht noch eine blutentziehende Therapie in einzelnen Fällen in Betracht, besonders dann, wenn es sich um stärkere hyperämische Zustände des Centralnervensystems handelt.

Ein Umstand ist freilich bei dieser Behandlungsweise wohl zu bedenken, nämlich der, dass die Kranken meist durch die bei den akuten Infectionskrankheiten oft lang anhaltende hohe Temperatur schon an und für sich ziemlich beträchtlich erschöpft sein werden, sodass eine weitere Schwächung des Kräftezustandes durch eine Blutentziehung wohl contraindiziert sein dürfte.

Ausser den angeführten Behandlungsweisen wird es unbedingt nötig sein, für möglichste Ruhe der Patienten zu sorgen und dieselben vor allem zu behüten, was auf die bestehende Psychose von ungünstigem oder direkt schädigendem Einfluss sein könnte, so z. B. vor allen stärkeren Gemütsbewegungen.

In symptomatischer Beziehung wird die Therapie ebenfalls noch verschiedene Aufgaben zu erfüllen haben. Hierher gehört unter anderem eine aufmerksame Bewachung der Patienten, ferner die Bekämpfung der Aufregungszustände mit den üblichen Mitteln, Verhütung eines während der Periode des hohen Fiebers nur zu leicht eintretenden Collapses, weiter die Ernährung derjenigen Kranken, welche hartnäckig die Nahrungsaufnahme verweigern mit der Schlundsonde u. s. w., lauter Behandlungsmethoden, wie sie in Irrenkliniken ja fortwährend in Anwendung kommen. Eine ganze Reihe der soeben für die Fieberpsychosen angeführten therapeutischen Massnahmen wird natürlich bei der Behandlung unserer zweiten Gruppe, der asthenischen Psychosen ebenfalls Verwerthung finden können; immerhin bleiben uns für die letztgenannte Gruppe noch einige Behandlungsweisen übrig, deren wir noch kurz Erwähnung thun müssen.

Wie oben auseinandergesetzt worden ist, treten diese asthenischen Psychosen besonders häufig im Rekonvalescenzstadium oder wenigstens in einer fieberfreien Periode einer akuten Infectionskrankheit auf, also zu einer Zeit, wo es sich nicht mehr um abnorme Temperatursteigerungen handelt. Hier wird demnach eine antipyretische Therapie völlig in

Wegfall kommen und an ihre Stelle in erster Linie die Hebung des Kräftezustandes der Patienten durch eine geregelte, zweckmässige, diätetisch-medicamentöse Behandlung treten. Damit, d. h. mit einer Besserung des oft schweren Erschöpfungszustandes werden dann auch die Ernährungsverhältnisse des nervösen Centralorganes sich wesentlich günstiger gestalten, sodass zu hoffen ist, dass es nunmehr zu einer Neubildung der während der Psychose in mehr oder weniger hohem Grade zu Grunde gegangenen nervösen Elemente kommen wird und damit zu einer Heilung der geistigen Störung. In wie weit dieselbe jedoch auf eine Vollkommenheit wird Anspruch erheben können, das wird natürlich ganz und gar davon abhängig gemacht werden müssen, wie weit die Zerstörungen um sich gegriffen hatten. In Fällen, wo es sich um ausgedehnte Vernichtungen nervöser Elemente gehandelt hat, wird man freilich eine vollkommene Restitutio ad integrum nicht erwarten dürfen.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. v. Strümpell für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Krankenmaterials meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.